FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1940 N° 456

THÈSE

pour le DOCTORAT en MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

Jean-Louis DAGUET

Externe des Hôpitaux de Paris

Né le 5 janvier 1915, à Besançon (Doubs)

Sur un cas de Paraplégie avec Hémianesthie Globale chez une Tuberculeuse

Rappel de deux Observations de tubercule médullaire

Président : M. GUILLAIN, *Professeur*

PARIS

AMEDEE LEGRAND, EDITEUR

93, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, PARIS

1940

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1940 N°.....

THÈSE

pour le DOCTORAT en MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

Jean-Louis DAGUET

Externe des Hôpitaux de Paris

Né le 5 janvier 1915, à Besançon (Doubs)

Sur un cas de Paraplégie avec Hémianesthie Globale chez une Tuberculeuse

Rappel de deux Observations de tubercule médullaire

Président : M. GUILLAIN, *Professeur*

PARIS

AMEDEE LEGRAND, EDITEUR

93, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, PARIS

1940

LE DOYEN ..... M. TIFFENEAU

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ROUVIÈRE.
Physiologie	Léon BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	POLONOVSKI.
Bactériologie	Robert DEBRÉ.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	PASTEUR-VALLERY RADOT.
Pathologie chirurgicale	MONDOR.
Anatomie pathologique	LEROUX.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	AUBERTIN.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LÉVY-VALENSI.
Pathologie expérimentale et comparée	Henri BÉNARD.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	CHIRAY.
Clinique Médicale	ABRAMI. FIESSINGER. LOEPER.
Hygiène et clinique de la première enfance	RATHERY.
Clinique des maladies des enfants	LEREBOULLET.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	LAIGNEL-LAVASTINE
Clinique des maladies du système nerveux	GOUGEROT.
Clinique des maladies infectieuses	GUILLAIN.
Clinique chirurgicale	LEMIERRE. CUNÉO. GOSSET. GRÉGOIRE.
Clinique ophtalmologique	LENORMANT.
Clinique urologique	VELTER.
Clinique d'accouchements	CHEVASSU. COUVELAIRE. JEANNIN. LÉVY-SOLAL.
Clinique gynécologique	MOCQUOT.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	HARVIER.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	Maurice VILLARET.
Clinique de la tuberculose	TROISIER.
Clinique chirurgicale orthophédique de l'adulte	MATHIEU.
Clinique de cardiologie	LAUBRY.
Clinique de neuro-chirurgie	Clovis VINCENT.
Assistance médico-sociale	N...
Professeurs sans chaire	HAZARD MULON. OLIVIER. SANNIÉ. VERNE.

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

II. — AGREGÉS EN EXERCICE

MM.	
AMELINE	Pathologie chirurgicale.
BARIÉTY	Pathologie médicale.
BERNARD (E.).	Pathologie médicale.
BEZANÇON (J.).	Hydrologie.
BONNET	Bactériologie.
BOULANGER .	Chimie.
BOULIN	Pathologie médicale.
BROUET	Pathologie médicale.
BULLIARD ...	Histologie.
CACHERA	Pathologie médicale.
CORDIER	Anatomie.
COSTE	Pathologie médicale.
COUVELAIRE (Roger)	Urologie.
DELARUE ...	Anatomie pathologique.
DELAY	Pathologie médicale.
DEGREZ (H.)..	Physique.
DESOILLE ...	Médecine légale.
DIGONNET ..	Obstétrique.
DOGNON	Physique.
FUNCK	Pathologie chirurgicale.
GALLIARD ...	Parasitologie.

II. — AGREGES EN EXERCICE (*Suite*)

MM.	
GARCIN	Pathologie médicale.
Mlle GAUTHIER-VILLARS ...	Anatomie pathologique.
GAYET	Physiologie.
DE GENNES ..	Pathologie médicale.
GIROUD	Histologie.
HAGUENAU ..	Pathologie médicale.
HALPHEN	Oto-rhino-laryngologie.
JOANNON	Hygiène.
LACOMME	Obstétrique.
LANTUÉJOUL..	Obstétrique.
LAVIER	Parasitologie.
LELONG	Pathologie médicale.
LEMAIRE	Pathologie expérimentale.
Mlle J. LÉVY..	Pathologie médicale.
LENÈGRE	Pharmacologie.

MM.	
MARCHAL ...	Pathologie chirurgicale.
MÉNÉGAUX ..	Pathologie chirurgicale.
MOLLARET ..	Pathologie médicale.
MOUQUIN	Pathologie médicale.
PATEL	Pathologie chirurgicale.
PETIT-DUTAILLIS	Pathologie chirurgicale.
RENARD	Ophtalmologie.
RICHET	Physiologie.
SÉNÈQUE	Pathologie chirurgicale.
SICARD	Pathologie chirurgicale.
SOULIE	Ptahologie médicale.
SUREAU	Obstétrique.
TURPIN	Pathologie médicale.
WILMOTH	Pathologie chirurgicale.

III. — AGREGES RAPPELES A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.	
ALGLAVE	Pathologie chirurgicale.
BUSQUET	Pharmacologie.
CHAILLEY-BERT	Physiologie.
GUÉNIOT	Obstétrique.
HEITZ-BOYER.	Pathologie chirurgicale.

MM.	
LARDENNOIS.	Pathologie chirurgicale.
LE LORIER ..	Obstétrique.
NEVEU-LEMAIRE ..	Parasitologie.
VAUDESCAL .	Obstétrique.

IV. — AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

à titre permanent

MM.
ALAJOUANINE.
BRULÉ.
CATHALA
CHABROL.
CHEVALLIER
GASTINEL
DONZELOT.
DUVOIR.
HUGUENIN
LAROCHE (G.).
LIAN.
MOREAU
PIÉDELIÈVRE.
SÉZARY.
} Clinique médicale.

MM.
BASSET.
BROCQ.
CADENAT.
GATELLIER.
DE GAUDART D'ALLAINES.
MOULONGUET.
QUÉNU.
MOURE.
} Clinique chirurgicale.

MM.
ECALLE.
METZGER.
VIGNE.
PORTES.
} Clinique obstétricale.

V. — CHARGES DE COURS

MM.	
CHAILLEY-BERT, agrégé.	Education physique.
LEDOUX-LEBARD	Radiologie clinique.
RUPPE	Stomatologie.
WEIL-HALLÉ	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES PARENTS

A MES AMIS

A NOTRE PRESIDENT DE THESE

MONSIEUR LE PROFESSEUR GUILLAIN

Professeur de clinique des maladies du Système Nerveux
Membre de l'Académie de Médecine.
Médecin de la Salpêtrière.

Qui nous a fait le grand honneur de bien vouloir présider cette thèse.

Qu'il trouve ici l'expression de notre respectueuse gratitude.

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

INTRODUCTION

Nous rapportons ici le cas d'une malade atteinte de tuberculose pulmonaire et présentant un syndrome neurologique tout à fait particulier. Il s'agit d'une paraplégie s'accompagnant d'un syndrome sensitif consistant essentiellement en une anesthésie globale superficielle et profonde à tous les modes, anesthésie à distribution strictement unilatérale à limite supérieure nette.

La discussion étiologique d'un tel syndrome s'avère difficile.

En l'absence de tout stigmate viscéral ou humoral de spécificité, faut-il pour expliquer une lésion manifestement segmentaire de la moëlle retenir l'hypothèse d'une lésion en foyer de myélite ?

Sans qu'il soit possible de négliger ce problème il apparaît cependant qu'on ne peut pas ne pas tenir compte du contexte clinique.

Le syndrome neurologique évoluait sur un terrain tuberculeux. Dans l'enquête étiologique on se doit ainsi d'envisager la possibilité d'un processus tuberculeux local.

Lésions extra-médullaires ou lésion médullaire ? Il n'existait pas de syndrome humoral de compression médullaire et nous dirons comment l'hypothèse d'un mal de Pott a pu être éliminée.

Rien d'autre part ne pouvait faire penser à des lésions de méningite chronique. Aussi est-on conduit à soulever l'exceptionnel diagnostic de lésion médullaire tuberculeuse.

Pareil diagnostic doit-il être retenu?

La moëlle constitue en effet bien rarement la localisation d'un pareil processus.

A notre connaissance il n'en est rapporté que deux faits anatomo-cliniques dans la littérature neurologique française.

Il s'agit dans les deux cas de paraplégie. Dans l'un le syndrome sensitif est à type de Brown-Sequard. Dans l'autre cas le syndrome sensitif consiste en une distribution homolatérale de l'anesthésie profonde, de l'anesthésie thermoalgésique et de l'hypoesthésie tactile. Dans ces deux observations le contrôle anatomique a été pratiqué qui a révélé le tubercule médullaire causal.

Si de tels faits constituent les données essentielles de la tuberculose médullaire, leur aspect clinique réalise par de nombreux points communs un tableau analogue au fait que nous rapportons.

Il serait évidemment tentant de faire rentrer ce dernier dans leur cadre. Par la seule clinique nous ne

pensons pas en avoir le droit. Mais à la lumière des faits anciens — que nous rapporterons en détail — pensons-nous légitimer, dans une courte étude critique, une telle orientation diagnostique.

Auparavant, qu'il nous soit permis d'adresser au docteur Léchelle l'expression de notre gratitude. A partir de son intéressante observation, nous ne pouvions faire dans les conjonctures actuelles qu'un modeste travail critique.

Qu'il veuille bien y trouver du moins un hommage respectueusement reconnaissant.

CHAPITRE I

Observation I (1)

Mme V..., 35 ans, est hospitalisée depuis le 25 août 1939 dans le service du Docteur Léchelle, à Laennec.

Les troubles neurologiques, pour lesquels elle a été adressée par le Docteur Hautefeuille, remontent au mois de juillet 1939.

Le 15 juillet, prenant un bain de pied, la malade remarque en effet l'insensibilité complète à la chaleur du pied et de la jambe gauche.

Le 8 août, elle ressent un engourdissement de la jambe droite, et le 10 août, une sensation de gêne en ceinture à la base du thorax précède de peu, l'installation des troubles de la marche.

L'installation de ces troubles s'effectue progressivement cependant que s'atténue, puis disparaît l'anesthésie à la chaleur apparue au début et le 20 août, déjà on se trouvait en présence d'une paraplégie confirmée avec une altération unilatérale de la sensibilité, dont les examens répétés pratiqués au cours de l'hospitalisation devrait montrer la fixité.

Ce syndrôme neurologique évolue chez une bacillaire. En effet, à l'âge de 20 ans (1924), Mme V... a été soignée pour pleurésie séro-fibrineuse droite. Cinq ans après,

elle présente un épisode de fièvre et l'on découvre des lésions pulmonaires droites. L'on tente alors, sans succès, la création d'un pneumothorax. Mise au repos et traitée par les sels d'or, pendant trois ans, Mme V... retrouve un état général suffisamment satisfaisant pour qu'elle puisse reprendre son travail. Mais en 1934, un examen révèle la bilatéralisation des lésions gardant une prédominance à droite. L'état général demeure satisfaisant, il persiste cependant une expectoration quotidienne et un nouveau traitement par les sels d'or est institué.

En juin 1939, la malade se trouve à nouveau fatiguée, elle maigrit. Elle reçoit alors treize injections d'un sel d'or, et c'est au cours même du traitement, à la huitième injection, le 1er juillet, que débute son histoire neurologique.

A ce moment, l'évolution de la tuberculose est caractérisée : radiologiquement par un aspect d'infiltration de la moitié supérieure des deux champs pulmonaires avec de multiples images de petites cavernes ; bactériologiquement, par une expectoration bacillifère à des examens directs pratiqués en série.

A l'examen dans le service : La marche est hésitante, la force musculaire diminuée globalement des deux côtés avec peut-être prédominance à droite (à l'épreuve de Barré). Le tonus est peu modifié. Les réflexes rotuliens, achilléens sont exagérés des deux côtés avec clonus de la rotule à droite. Le signe de Babinski existe des deux côtés. Les réflexes abdominaux, abolis à droite, sont ébauchés à gauche. Les réflexes de défense s'ébauchent à droite, enfin les mictions sont lentes et à l'examen, on décèle un globe vésical.

Le syndrôme sensitif est très spécial.

A gauche, la sensibilité superficielle et profonde est intacte à tous les modes. Seule à signaler une sensation subjective de courant électrique dans le membre inférieur gauche.

A droite, par contre, il existe une anesthésie globale au tact, à la piqûre, au chaud et au froid. La limite supérieure à toutes les explorations et quel que soit l'excitant, s'arrête au territoire de la quatrième racine dorsale.

Cette limite supérieure est nette, linéaire, avec passage brusque de l'anesthésie à la sensibilité normale, sans zône d'hyperesthésie avec, parfois, une bande légère de paraesthésie à la limite toute supérieure. La même limitation stricte des troubles sensitifs se retrouve à la face postérieure du corps, mais la sensibilité est relativement conservée dans le territoire des racines sacrées droites où on ne peut parler que d'hypoesthésie.

A ce déficit global des sensibilités tactiles, douloureuses et thermiques, s'oppose la persistance complète du sens de position des deux côtés et une diminution de la sensibilité osseuse au diapason placé sur la crête tibiale droite.

Le reste de l'examen, à part des signes de la tuberculose bilatérale, ne montre rien d'anormal.

Les fonctions circulatoires et rénales sont intactes.

La formule sanguine ne témoigne d'aucune anomalie.

Il n'existe pas de signes sérologiques de syphilis.

La ponction lombaire a donné les résultants suivants :

La pression du liquide est basse : Il est en position

La pression du liquide est basse : 11 en position

blocage des espaces sous-arachnoïdiens. L'examen du liquide, surtout, n'a rien révélé d'anormal.

Albumine (Sicard)	0,22.
Réaction de Landy	Négative.
Cytologie (Nageotte)	0,2 lymphocyte par mm. cube.
Benjoin précipitant d.....	Tubes 6 et 7.

En résumé, cette malade présente une paraplégie avec atteinte globale et unilatérale de toutes les sensibilités. La disposition des troubles sensitifs, à limite supérieure nette, évoque évidemment une atteinte, sinon strictement, du moins largement unilatérale de la moelle dorsale au niveau du quatrième segment.

A l'origine d'un tel syndrôme, on devait penser tout d'abord à une compression médullaire. Mais la pression du liquide était normale, il n'existait pas de blocage des espaces sous-arachnoïdiens et l'examen cytoalbuminologique ne témoignait d'aucune dissociation.

Il faut donc envisager un processus médullaire en foyer, un processus de myélite.

Aucun stigmate clinique ou biologique ne permet de retenir la spécificité.

Pas plus ne trouvons nous à l'origine un épisode infectieux aigu quelconque qui puisse être interprêté comme le point de départ de ces accidents.

Mais un fait attire notre attention. Le symptôme est apparu chez une malade atteinte de tuberculose pulmonaire depuis quinze ans, et, à notre avis, la discussion étiologique doit être centrée sur ce fait.

Il est assurément logique de penser à un accident nerveux du mal de Pott.

Les clichés radiographiques tirés au début et à la période d'état de la paraplégie, n'ont montré aucune altération osseuse emportant la conviction. Nous ne connaissons d'ailleurs pas d'exemple de l'évolution d'un tel syndrôme dans le mal de Pott. Dans la thèse si documentée de Mme Sorrel Déjerine, aucune des 40 observations recueillies par cet auteur, ne signale, en effet, une disposition unilatérale des troubles de la sensibilité (1).

Doit-on, dans le souci de rapporter à une étiologie tuberculeuse le syndrôme neurologique actuel, envisager un processus local de tuberculose médullaire ?

Nous avons trouvé dans la littérature, deux faits anatomo-cliniques de tuberculose médullaire. Ils présentent, avec notre cas, de nombreux traits communs aussi pensons-nous devoir en faire une étude d'ensemble.

L'observation II a été rapportée par MM. L. Rivet et J. Jumentié, à la Société de Neurologie, le 13 février 1913. L'observation III est celle d'une malade de Déjerine, communiquée à la même Société, le 13 février 1913.

---

(1) Mme Sorrel-Dejerine, *Contribution à l'étude des paraplégies pottiques.* Thèse de Paris 1925, Masson et Cie, Editeurs.

CHAPITRE II

Observation II (2)

P..., journalier, âgé de 41 ans, entre le 21 décembre 1908 à l'hôpital Saint-Antoine dans le service de M. Castaigne pour une impotence du membre inférieur gauche.

Ce malade ne présente aucun antécédent héréditaire à signaler et n'accuse que des antécédents personnels sans grand intérêt : fièvre typhoïde à 14 ans, deux blennorragies, pas de syphilis, à retenir cependant qu'il a toujours été sujet à des bronchites. Les troubles actuels remontent au mois d'août 1908. Le malade eut à cette époque des douleurs intercostales qui persistent encore à l'heure actuelle.

Il y a six semaines apparut une faiblesse croissante du membre inférieur gauche qui, peu à peu, s'est transformée en impotence complète et l'a amené à entrer dans le service.

A son entrée, on se trouve en présence d'un malade très amaigri d'aspect anémié et misérable.

Le membre inférieur gauche est complètement inerte, incapable d'exécuter le moindre mouvement ou d'opposer le moindre effort ; motricité normale du côté opposé.

Les réflexes rotulien et achilléen sont normaux à droite, exagérés à gauche ; toutefois on ne peut mettre en évidence de trépidation épileptoïde. Le réflexe crémasterien est affaibli du côté gauche. Enfin, on note également à gauche l'existence du signe de Babinski.

La sensibilité objective des membres inférieurs présente les troubles très spéciaux suivants :

Au membre gauche très légère hypoesthésie douloureuse et thermique, et conservation de la sensibilité tactile ; par contre, perte complète de la sensibilité profonde, le malade ne se rend aucun compte de la position de son membre dans le lit. A droite, anesthésie douloureuse et thermique ; diminution notable de la sensibilité tactile.

Ces troubles de la sensibilité dépassent d'ailleurs les membres inférieurs et empiètent sur la partie inférieure du tronc.

Amaigrissement très marqué des membres inférieurs, surtout à gauche.

Il existe des troubles sphinctériens avec distension vésicale et mictions par regorgement ; les urines ne contiennent d'ailleurs ni sucre, ni albumine. On note déjà l'apparition d'une escarre sacrée.

Pas de troubles sensoriels, ni intellectuels.

A l'examen du rachis, on découvre, au niveau des dernières vertèbres dorsales, l'existence d'une légère saillie médiane constituée par deux apophyses épineuses. Le malade ne ressent à ce niveau aucune douleur spontanée, mais la pression et surtout la percussion de ces apophyses sont douloureuses. La saillie est du reste peu marquée et le malade ne s'en est jamais aperçu antérieurement.

Au niveau du thorax, on ne note aucune déformation ; mais le malade accuse encore des douleurs névralgiques et constrictives, correspondant aux espaces intercostaux du côté gauche dans la région moyenne du thorax, douleurs qu'augmentent les mouvements inspiratoires.

L'examen des poumons montre des signes de tuberculose ancienne du sommet droit, submatité, retentissement de la toux, sans signes humides ; l'examen des crachats n'y décèle pas la bacille de Koch.

Rien à signaler du côté des autres appareils. Le malade est très asthénique mais sans pigmentation cutanée ou muqueuse, ni troubles digestifs.

Pendant le séjour du malade à l'hôpital, on voit peu à peu le membre inférieur gauche se contracturer en même temps que le membre droit devient paresié d'abord puis atteint de paralysie presque complète dans les derniers jours de l'existence.

Trois ponctions lombaires sont pratiquées durant le séjour du malade à l'hôpital. L'aiguille pénètre bien dans le canal rachidien, mais ne donne pas issue à la moindre quantité de liquide.

La mort survient le 26 janvier 1909.

A l'autopsie on note l'existence d'une tuberculose ancienne fibreuse et crétacée. Aucune lésion appréciable du tube digestif, du foie et des reins.

Mais les deux capsules surrénales sont le siège d'une caséose diffuse : elles sont complètement transformées en une masse ayant l'aspect du marron cru et entourées d'une importante coque de tissu fibreux, qui les unit intimement à la colonne vertébrale. Le corps vertébral correspondant présente de chaque côté, au contact de chaque capsule tuberculeuse une exostose ovalaire à

grand axe vertical, ayant grossièrement la forme d'une olive. Le corps vertébral sectionné ne présente sur sa tranche aucune lésion appréciable d'ostéite tuberculeuse. La face postérieure des corps vertébraux dans cette région semble normale et on n'y relève aucune altération macroscopique des méninges.

L'examen du système nerveux central ne permet pas de relever aucune lésion macroscopique de l'encéphale, ni extérieurement, ni sur la coupe.

Mais au niveau de la moëlle, on découvre l'existence d'un gros tubercule solitaire interrompant celle-ci au niveau des IVe et Ve segments dorsaux.

Au niveau de ce tubercule, les méninges sont intimement fusionnées à tout son pourtour, formant un anneau fibreux qui adhère intimement à la moëlle, mais nullement au canal rachidien. Aussi, peut-on facilement inciser la dure-mère (en avant et en arrière), au-dessus et au-dessous de la lésion, ce qui est impossible sur une hauteur d'un centimètre environ, correspondant au tubercule. Ce tubercule a grossièrement la forme et les dimensions d'une noisette ; il est d'une consistance ferme, tranchant nettement par cette consistance et par sa coloration jaunâtre avec la substance médullaire.

Si on étudie sa topographie sur une série de coupes transversales, on voit que sur les coupes supérieures il est presque cantonné dans la moitié gauche de la moëlle, dont il a détruit tout le cordon latéral, la corne antérieure et la base de la corne postérieure. —

Plus bas il traverse la ligne médiane et empiète progressivement sur la moitié droite. Enfin, tout à fait à sa partie inférieure, le tubercule présentant ses dimensions maxima, occupe presque toute la moëlle, qui est réduite

à un très mince croissant flanquant le tubercule sur la droite.

Histologiquement, on note au niveau de la lésion l'aspect classique de gros tubercule.

Au-dessous, les examens histologiques montrent une dégénérescence très prononcée du faisceau pyramidal gauche alors que, même à l'aide de la coloration de Marchi, on ne peut déceler aucune dégénérescence du faisceau pyramidal droit.

Au-dessus du tubercule, on constate une dégénérescence légère, mais nette, du cordon postérieur au niveau du faisceau de Goll, que l'on peut suivre jusqu'au niveau de la décussation. A noter qu'elle est localisée également au côté gauche. Dans le cordon latéral au niveau du faisceau cérébelleux direct existe une légère dégénérescence.

Observation III (3)

Tr..., femme âgée de 45 ans, marchande de vins, est transportée à la Salpétrière pour une paralysie complète des membres inférieurs, ceux-ci considérablement atrophiés, sont inertes et flasques et ne peuvent la soutenir.

Le début de cette paralysie date de la fin de décembre 1910 ; jusqu'à cette époque, la malade a toujours joui d'une excellente santé, mariée elle a eu trois enfants dont un est mort de diphtérie, les deux autres sont vivants et bien portants ; à noter que sa mère et une de ses sœurs sont mortes de la tuberculose pulmonaire.

A la fin de décembre 1910, elle éprouve de vives douleurs dans la jambe gauche et la sentit s'affaiblir progressivement. Ces douleurs débutaient par les orteils et

remontaient ensuite vers la jambe, elles présentaient des exacerbations très vives et arrachaient des cris à la malade ; elles s'accompagnaient d'engourdissement : le diagnostic de sciatique fut porté à l'hôpital Pasteur où la malade était allée consulter.

Rapidement, l'impotence fonctionnelle de la jambe gauche augmenta, la marche devint très difficile et en trois semaines environ, tout mouvement volontaire fut aboli ; à ce moment (fin janvier 1911), la jambe droite s'affaiblit à son tour et en peu de temps une paraplégie flasque s'installa, depuis le mois de mars, la marche, même lorsque la malade est soutenue, est impossible ; il en est de même de la station, les jambes fléchissent sous le poids du corps et la malade s'effondre.

Examen du 22 avril 1911. Tr... est une femme très amaigrie, présentant une atrophie considérable des membres inférieurs, les masses musculaires des cuisses et des mollets sont molles et flasques ; la paraplégie est du reste presque complète, toutefois elle est plus accentuée à gauche qu'à droite ; d'autre part, la paralysie et l'atrophie prédominent des deux côtés aux muscles de la loge antéro-externe de la jambe et de la face antérieure de la cuisse.

Les réflexes tendineux, rotulien et achilléen sont abolis, le réflexe plantaire est faible, il n'existe pas de signe de Babinski, les réflexes cutanés abdominaux inférieurs sont faibles, les supérieurs sont normaux.

Le malade accuse des douleurs vives dans les jambes, la pression ne semble pas les augmenter ; par contre, la toux et l'éternuement les exagèrent notablement. La sensibilité objective est également touchée à ce niveau, en particulier à gauche, elle l'est surtout dans le terri-

toire des deux dernières racines lombaires L4 et L5 et de la première racine sacrée SI ; elle n'est du reste pas altérée avec autant d'intensité à tous les modes ; il existe une anesthésie complète à la température et à la douleur ; le tact, quoique touché l'est beaucoup moins ; il en est de même de la sensibilité profonde ; elle semble intacte à droite mais à gauche la sensibilité articulaire des orteils a disparu, et les mouvements de la tibio-tarsienne ne sont plus perçus.

La malade accuse des envies impérieuses d'uriner. Elle ne présente pas d'escharres. L'examen de la colonne vertébrale ne révèle aucune déformation, il faut noter cependant que la percussion de la onzième apophyse épineuse dorsale réveille un peu la douleur. Les membres supérieurs sont intacts. A la face, il existe un léger strabisme congénital.

Après l'entrée à l'hôpital la paraplégie augmente rapidement et la malade ne peut plus quitter le lit, les troubles sphinctériens deviennent permanents, il y a de la rétention et les urines s'écoulent goutte à goutte, l'atrophie des membres inférieurs augmente ; les troubles de la sensibilité, par contre, sont beaucoup moins nets, ils n'ont plus leur topographie radiculaire du début, il s'agit maintenant d'une hypoesthésie des deux membres inférieurs à tous les modes.

L'état général de la malade devient très mauvais, la fièvre apparaît et les lésions de bacillose pulmonaire évoluent rapidement, la mort survient le 21 juin 1911.

Autopsie : A l'ouverture du canal rachidien on ne constate aucune lésion vertébrale ; la face externe de la dure-mère est intacte, elle est incisée avec la plus grande facilité, car elle n'adhère pas aux autres méninges ; on

est frappé de suite par l'aspect globuleux de l'extrémité inférieure de la moëlle au niveau du renflement lombo-sacré ; sur une section de cette région pratiquée à l'état frais, on voit un volumineux tubercule intra-médullaire.

Ce tubercule occupe les IIe, IVe, V^e^ segments lombaires et le premier sacré ; il a surtout détruit la moitié gauche de la moelle, toutefois au niveau du IVe segment lombaire cette destruction semble presque totale et il ne reste plus qu'un petit croissant de substance médullaire à la périphérie du tubercule.

Son aspect est celui de toutes les formations caséeuses; les lésions qu'il détermine consistent, comme cela est la règle, en refoulement beaucoup plus qu'en destruction véritable ; la substance grise des cornes antérieures cependant est très touchée au niveau du IVe segment lombaire, ce qui rend compte de l'atrophie considérable des muscles de la face antérieure de la cuisse et de la loge antéro-externe de la jambe ; au-dessus de ce tubercule, on trouve les dégénérescences classiques du cordon postérieur que l'on peut suivre jusqu'à la partie inférieure du bulbe où elle occupe le faisceau de Goll.

CHAPITRE III

CRITIQUE

Ainsi la tuberculose médullaire évolue chez les adultes porteurs de lésions de bacillose pulmonaire plus ou moins évolutives cliniquement mais vérifiées à l'autopsie.

Le début est constitué essentiellement par des douleurs unilatérales, à type radiculaire, variables dans leur topographie selon le siège de la lésion en foyer, douleurs en ceinture médiothoracique (Obs. II), douleur évoquant une sciatique (Obs. III). Exacerbées par l'inspiration, les secousses de toux, elles présentent dans tous les cas ce caractère remarquable de garder une grande fixité de siège et de caractère pendant toute la durée de la maladie.

Les phénomènes moteurs suivent de près ou de loin les troubles douloureux: Contemporains (Obs. III) apparus huit mois après (Obs. II) ils débutent du même côté que les douleurs radiculaires: à gauche dans les deux cas ils intéressent le membre inférieur.

Il s'agit d'abord de faiblesse, de phénomènes parétiques. Rapidement en trois à six semaines, douleurs radiculaires et impotence complète homolatérale réalisent la période d'état de la maladie. Période rapidement évolutive. En peu de temps, en effet, quelques semaines après le début de troubles moteurs évoluant alors vers la contracture (Obs. II) ou au moment même de la paralysie complète du membre atteint le premier, la paraplégie s'installe, entraînant rapidement une impotence complète. La marche devient impossible et le malade reste confiné au lit.

Le syndrome sensitif réalise alors des tableaux variables. A type de Brown-Séquard (Obs. II) il réalise dans l'observation III une atteinte bilatérale des sensibilités douloureuses, tactiles, thermiques; dans ce dernier cas seulement l'atteinte de la sensibilité superficielle se trouve plus marquée du côté le premier atteint.

L'altération de la sensibilité profonde a une topographie bien particulière. Dans les deux cas en effet, elle se manifeste du côté le premier atteint où — au point de vue subjectif — les douleurs radiculaires en hemi-ceinture et l'atteinte motrice demeurent prédominantes. C'est à gauche que la perte du sens de la position du membre (Obs. II), de la position des orteils et du jeu articulaire tibio-tarsien (Obs. III) permet de déceler l'anesthésie profonde.

Cette disposition remarquable des troubles sensitifs qui dépassent d'ailleurs les membres inférieurs pour

empiéter plus ou moins haut sur la partie inférieure du tronc se retrouve jusqu'à la phase ultime de la maladie.

Quelques mois après l'extension de la paralysie ou plus rapidement encore, au cours de cette extension, l'état général s'altère profondément. La maladie évolue alors vers la cachexie.

L'accentuation considérable de l'atrophie musculaire prédominant du côté primitivement atteint, les troubles sphinctériens avec rétention et miction, une escharre sacrée parfois, paraissent constituer à la lecture de ces deux observations les éléments d'aggravation du pronostic.

Dans l'observation III il semble qu'à la phase terminale, une poussée évolutive de bacillose pulmonaire se soit intriquée avec les phénomènes médullaires pour entraîner la mort de la malade.

Chez notre malade l'évolution du syndrome neurologique s'est faite d'une façon analogue. Elle est atteinte d'une tuberculose ulcéro-fibreuse bilatérale.

Après une phase transitoire d'anesthésie à la chaleur du membre inférieur gauche, se sont installées des douleurs intercostales prédominant à droite, puis très rapidement, mais progressivement sont apparus les troubles de la marche. D'emblée ici, contrairement aux cas cités les deux membres sont atteints en même temps ; l'examen minutieux des troubles moteurs montrera cependant une prédominance à

droite. A ce moment les troubles de la sensibilité superficielle à gauche ont disparu. Mais le syndrome sensitif rappelle par sa limitation précise le syndrome de Brown-Séquard de l'observation II. Sa distribution évoque tout à fait l'observation III.

A droite : c'est une anesthésie globale, au tact, à la piqûre au chaud, au froid, intéressant le membre inférieur, la partie inférieure du tronc, jusqu'au territoire de la quatrième racine dorsale. A la partie postérieure du tronc, il en est de même, à l'exception toutefois du territoire des racines sacrées où il n'existe que de l'hypoesthésie.

Le fait qu'il nous paraît important de signaler est la topographie des troubles de la sensibilité profonde. S'il y a persistance complète du sens de la position des deux côtés, à droite, il existe une diminution de la sensibilité osseuse au diapason placé sur la crête tibiale.

Comme dans les observations II et III, cette altération se retrouve par conséquent du côté où persistent ou bien prédominent les douleurs radiculaires du début. De ce côté également, comme dans l'autre cas, l'altération motrice et réflexe est plus marquée : diminution de la force musculaire, clonus de la rotule, abolition des réflexes cutanés abdominaux, ébauche de réflexes de défense.

Ici comme dans le cas II le syndrome observé ne s'accompagne d'aucune altération osseuse vertébrale à laquelle on puisse le rapporter. Dans ce cas les

méninges étaient fusionnées au niveau du tubercule expliquant ainsi l'insuccès des ponctions lombaires. Dans l'observation III elles apparaissent intactes et on peut supposer, en l'absence de toute réaction lymphocytaire qu'il en est de même dans le cas que nous rapportons.

Ainsi notre observation semble — à son degré actuel d'évolution — participer du même processus. Actuellement nous ne pouvons en toute objectivité que constater ces analogies.

Quelle sera l'évolution ultérieure qui confirmera ou infirmera notre attitude diagnostique ?

La paraplégie s'est constituée rapidement; il existe des troubles sphintériens. Jusqu'à présent l'état général est resté satisfaisant. Si au début l'apparition éphémère des troubles subjectifs de la sensibilité dans le membre inférieur gauche peut être interprété comme la traduction clinique d'un processus d'ordre inflammatoire péri-focal, les troubles que présente actuellement notre malade avec leur fixité évoque maintenant une lésion organisée et nous ne pouvons guère envisager que sa progressivité.

Un fait demeure : l'atteinte bilatérale des poumons par une bacillose ulcéro-fibreuse. Comme dans l'observation III, l'aggravation de la maladie semble dépendre pour une part de l'évolution de cette localisation pulmonaire parallèlement à l'évolution de l'état général dans lequel interviendront les troubles sphinctériens.

Note. — Notre malade transféré dans le service du professeur Vincent, à la Pitié, a succombé avec un syndrome d'hemiplégie centrale fébrile, évoquant un processus méningitique sur la formation d'un tubercule cérébral. L'autopsie n'a pas pu être pratiquée.

CONCLUSION

Nous avons rapporté le cas d'une malade tuberculeuse pulmonaire, atteinte de paraplégie avec altération globale et unilatérale de toutes les sensibilités.

Après enquête clinique sérologique et radiologique on est conduit à envisager à l'origine de ce syndrome un processus médullaire.

Dans la littérature française deux faits anatomo-cliniques de tuberculose médullaire présentent de nombreux points communs dans leur aspect clinique avec notre observation.

Si, à notre avis, la seule clinique ne permet pas actuellement de porter le diagnostic de tuberculose médullaire, du moins pensons-nous que l'étude comparative de ces observations paraît justifier notre attitude diagnostique.

Vu : *Le Doyen,*
Tiffeneau.

Vu : *Le Président,* Guillain

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
G. Roussy.

BIBLIOGRAPHIE

LÉCHELLE (P.) - THIEFFRY et Mlle BAREILLIER. — Syndrome de Brown Séquard chez une tuberculose pulmonaire. *Bull. et Mém. de la Soc. Méd. des Hôp.*, 20 octobre 1939, pp. 1267-1271.

RIVET (T.) et JUMENTIÉ. — Syndrome de Brown Séquard par tubercule médullaire au cours d'une tuberculose surrénale latente. *Revue Neurologique*, 13 février 1913.

JUMENTIÉ (J.). — Tubercule du renflement lombo-sacré, Paraplégie flasque. *Revue Neurologique*, 13 février 1913.

IMPRIMERIE SPÉCIALE DES ÉDITIONS LEGRAND